Insuffisance surrénalienne aigue

M.AZZOUZ

Service de diabétologie CHU Mustapha

Cas clinique

Mme B. M âgée de 50 ans est évacuée par le SAMU aux urgences médicales pour une asthénie profonde apparue depuis 48h avec vomissements.

Sa famille signale que depuis quelques mois la patiente perd du poids et se fatigue rapidement.

Il y a quelques jours, elle a présenté une angine pour laquelle des antibiotiques ont été prescrits, depuis l'asthénie a persisté jusqu'à devenir importante depuis 48h.

Dans ses antécédents personnels on note qu'elle est suivie pour un problème rhumatismal, elle a reçu du medrol (methylprednisolone) à raison de 4mg/j pendant un mois, la patiente se sentant mieux , a arrêté le traitement.

Examen clinique:

Tension artérielle : 80/50 mm/hg ,

Fréquence cardiaque: 96 bts /mn

absence de foyer infectieux cliniquement

accélération du transit depuis 24 heures.

Résumé de la symptomatologie:

Asthénie + vomissements associés à une tension artérielle basse chez une patiente aux antécédents d'une maladie rhumatismale

- **Problèmes posés** :

Problème diagnostique et thérapeutique

Quels sont les hypothèses diagnostiques?

- **Hypothèses diagnostiques**:
- Une cardiopathie: pas d'antécédents cardiaques connus
- Une hypovolémie:

en faveur: vomissements , accélération du transit

Cependant il n y a pas de pertes considérables (saignement, diarrhée profuse …)

Quel est le bilan d'urgence à demander ?

- fonction rénale, ionogramme sanguin
  - Formule numération sanguine, C reactive proteine (CRP)
  - Electrocardiogramme, échocœur
  - **Résultats** :

Urée sanguine: 0,60 g/l ; créatinine: 11 mg/l,

Natrémie: 128 meq/l

Kaliémie: 4,9 meq/l

GB: 12000/mm^3

ECG: rythme sinusal, régulier, rythme sinusal régulier

Echocœur sans anomalies

Reprise de l'interrogatoire :

pendant le mois sacré précèdent, la patiente a présenté des malaises après 3 jours de jeûnes. Ces malaises surviennent en fin d'après midi fait de fatigue intense obligeant la patiente à arrêter son jeûne. Elle n'a pas pu continuer le jeûne. Elle a été mise sous traitement non précisé

Asthénie, vomissement, hypotension artérielle

Ce tableau vous évoque quelle situation ?

- **L'insuffisance surrénale aigue** :

Déficit aigu de la sécrétion des hormones du cortex surrénalien

- glucorticoïdes
  - Minéralocorticoïdes
  - Androgènes
  - Il s'agit d'une urgence thérapeutique

Physiologie:

Action du Le cortisol :

- augmentation de la TA
- Stimule la gluconéogenèse

Les minéralocorticoïdes:

rétention du sodium et perte du potassium

- **Présentation clinique**:
- L'insuffisance surrénale peut être :
- ***Primaire:*** atteinte primitive des deux glandes surrénales
- ***Secondaire:*** à l'atteinte de la commande hypothalamo-hypophysaire

Présentation clinique d'IS lente primitive:

- mélanodermie
- Altération de l'état général: asthénie+++
- Troubles digestifs: douleurs abdominales, constipation, diarrhée,
- Hypotension artérielle
- Hypoglycémie lors du jeûne

Insuffisance corticotrope:

Tableau commun avec l'IS lente avec des différences fondamentales:

-Absence de mélanodermie; au contraire , dépigmentation

- l'hypotension artérielle et les troubles digestifs sont plus rare car la sécrétion des minéralocorticoïde est préservée

- ***IS aigue:***

-Asthénie majeure
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée,
- Hypotension artérielle …. Collapsus (par déshydratation, ou vasoplégie)

Allez vous demandez le dosage du cortisol en urgence ?

Biologie non spécifique:

- l'hyponatrémie et l'hyperkaliémie est évocatrice d'une IS primitive

-Anémie

-lymphocytose, eosinophilie

Biologie spécifique:

Il ne doit retarder en aucun cas la prise en charge en urgence

- cortisol: bas

- ACTH basse si IS secondaire

élevée si IS primitive

prise en charge urgente:

L'ISA est une urgence vitale

Le traitement est entrepris avant la confirmation du diagnostic en milieu hospitalier

Les mesures d'urgences reposent sur:

- la compensation des pertes hydro-électrolytiques
- La substitution en glucocorticoïdes
- Traitement de l'affection causale lorsque c'est possible

- **Apports hydroélectrolytiques**
- Sérum glucosé enrichi avec du chlorure de sodium (Nacl) à 9 g/l ou SSI
- En cas de signes de choc: macromolécules
- L'apport en potassium est proscrit car il existe souvent une hyperkaliémie
- L'apport liquidien est adapté à l'importance de la déshydratation : en moyenne 3-4 litres en 24h dont la moitié pendant les 3 premières heures.
- **Compensation hormonale**
- L'apport de glucocorticoïdes par voie intraveineuse doit être immédiatement associé à la réhydratation
- d'hémisuccinate d'hydrocortisone:

Administration intraveineuse initiale de 100 mg(IVD)

puis ,200 mg en 24h à la seringue électrique

la dose est ensuite diminuée de 25 à 50 % en fonction de l'amélioration clinique

- Après disparition des troubles digestifs, la voie intra veineuse sera remplacée par la voie orale à posologie progressivement dégressive pour atteindre 20 à 30 mg par jour l'hydrocortisone par voie orale

(l'hydrocortisone est dosé à 10 mg)

- **Les minéralocorticoïdes**

leur intérêt est discuté du fait de l'effet minéralocorticoïde des glucocorticoïdes

- Traitement de la cause déclenchante
- **Traitement substitutif**

Il est spectaculairement efficace. Il doit être poursuivie à vie

Insuffisance surrénale primitive: glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes

Insuffisance corticotrope: glucocorticoïdes ; les mineralocorticoides ne sont pas nécessaires.

Glucocorticoïdes:

Hydrocortisone: comprimé à 10 mg

Dose: 20-30 mg/j en 3 prises

Mineralocorticoïdes:

9 α-fluoro-hydrocortisone: 50-250 ug /j

Etiologies:

- ***Insuffisance surrénalienne primitive:***

- atteinte auto-immune: maladie d'addison

- tuberculose

-polyendocrinopathie type1 : APECED(candidose+hypoparathyroidie+ISA)

-polyendocrinopathie thype 2 (ISA+dysthyroidie)

-hémorragie bilatérale des surrénales

-Metastases

-Sida

-Bloc enzymatiques tardifs

- ***Insuffisance surrénalienne secondaire:***

- corticothérapie prolongée

risque plus élevé avec les glucocorticoïdes a ½ vie longue avec une dose > 20 mg pendant plus de 3 semaines

- Atteinte hypothalamo-hypophysaire : tumeurs, chirurgie, radiothérapie, infiltrative
- Déficit corticotrope isolé ou combiné

- ***Enfant:***

Blocs enzymatiques +++

Prévention d'une décompensation surrénalienne

- Ne pas arrêter brutalement une corticothérapie prescrite au long cours
- une corticothérapie qui dépasse 15 jours justifie le traitement par hydrocortisone jusqu'à réévaluation.
- un bracelet ou carte d'insuffisant surrénalien
- En cas d'infection ou d'affection intercurrente, doubler la dose de l'Hydrocortisone , en cas de vomissement , consulter à l'hopital